



فرم شکایت

مشخصات شاکی

<p>2. تاریخ تولد: روز ماه سال</p>	<p>1. نام خانوادگی: نام و حرف اول نام وسط:</p>
<p>4. تلفن منزل: تلفن محل کار: تلفن همراه: فاکس: پست الکترونیک (ایمیل): شخصی برای گذاشتن پیغام: نام: شماره تلفن:</p>	<p>3. آدرس پستی: آدرس محل زندگی در صورت تفاوت با آدرس پستی:</p>
<p>5. زبان ترجیحی برای مکاتبه؟ <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسه</p>	
<p>6. آیا شما خود در اتفاقی که به این شکایت منتج شده است، بوده اید؟ اگر نه، نام و مشخصات تماس شخصی که خود درگیر بوده است، چه می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>7. چنانچه به شما توسط پلیس آر. سی. ام. پی. شماره پرونده ای در مورد این اتفاق مورد شکایت داده شده است، لطفاً آنرا ذکر کنید. شماره پرونده آر. سی. ام. پی.:</p>	
<p>8. آیا شما یک شکایت نامه رسمی در مورد این اتفاق با آر. سی. ام. پی امضا نموده اید؟ اگر بلی، در چه تاریخی و کجا شکایت نامه را امضا کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>آیا توافقنامه ای را با آر. سی. ام. پی برای حل این شکایت بصورت غیر رسمی امضا نموده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>9. آیا می خواهید که کمیسیون و آر. سی. ام. پی. با نماینده حقوقی یا مدافع شما به جای خود شما در تماس باشند؟ در اینصورت لطفاً نام کامل و طریقه تماس با نماینده حقوقی یا مدافع خود را ارائه دهید.</p>	

چگونگی شکایت (تا حد مقدور تکمیل کنید)

<p>12. شهر و استان/تریبوری واقعه:</p>	<p>11. زمان واقعه:</p>	<p>10. تاریخ واقعه: روز ماه سال</p>
---------------------------------------	------------------------	---

13.	چنانچه دچار هر گونه مصدومیت شده اید، شرح دهید:
14.	چنانچه از مصدومیت های شما عکس گرفته شده است، چه کسی عکس ها را برد؟
15.	نام دکتر یا محل درمان را در صورتیکه برای مصدومیت ها تحت درمان قرار گرفته اید، بنویسید:
16.	هر گونه مدرکی که به اثبات شکایت شما کمک می کنید را شرح دهید:

جزئیات شکایت

17.	لطفاً واقعه را تا حد مقدور کاملاً توضیح دهید: (در صورت نیاز می توانید از کاغذ اضافه استفاده کنید.)	
18.	چه هدفی از این شکایت دارید؟	
19.	این شکایت در مورد عملکرد عضو یا اعضاء آر. سی. ام. پی. زیر می باشد: (در صورت نیاز از کاغذ اضافه استفاده کنید.)	
	نام و درجه:	واحد:
	نام و درجه:	واحد:
	نام و درجه:	واحد:
20.	شاهد (شاهدین) (ممکن است که شامل اعضاء آر. سی. ام. پی. که شما از آنها شکایت ندارید، شود.) (در صورت نیاز از کاغذ اضافه استفاده کنید.)	
	نام خانوادگی:	آدرس:
	نام و حرف اول نام وسط:	تلفن:
	نوع بستگی با شاک:	
	نام خانوادگی:	آدرس:
	نام و حرف اول نام وسط:	تلفن:
	نوع بستگی با شاک:	
<p>نکته مهم: با تسلیم شکایتنامه، شما به کمیسیون شکایات مردم از آر. سی. ام. پی. اجازه می دهید که اطلاعات شخصی شما را جمع آوری نماید. این اطلاعات فقط به دلیل بخش VII قانون آر. سی. ام. پی. جمع آوری می شود. ممکن است که فرم شکایت به همراه تمامی مدارک مربوط به آر. سی. ام. پی. داده شود تا تحقیقات با توجه به بخش (3) 45.35 قانون آر. سی. ام. پی. انجام پذیرد. در این رابطه ممکن است که مسئول تحقیقات شکایات آر. سی. ام. پی. برای گرفتن شهادتنامه با شما تماس بگیرد.</p> <p>اطلاعات در بانک اطلاعات شخصی CRCC PPU 005 نگاهداری می شوند و شما برابر قانون حریمیت اطلاعات (PRIVACY ACT) (حق دسترسی به آنها را دارید.</p>		

ما خدمات خود را به انگلیسی و فرانسه ارائه می دهیم. این بروشور، فرم شکایت ما و خدمات ترجمه شفاهی به زبان های دیگر موجود می باشند.